

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 670

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Dietrich REICHMANN

né le 14 Juin 1910 à Cernanti

(Roumanie)

La Symphyséotomie à la Zarate

à la Maternité de Lariboisière

(pendant les six dernières années)

Président: M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (Ve)

1936

ANNÉE 1936

THÈSE

N.

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Dietrich REICHMANN

né le 14 Juin 1910 à Cernanti

(Roumanie)

La Symphyséotomies à la Zarate à la Maternité de Lariboisière (pendant les six dernières années)

Président: M. COUVELAIRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

1936

LE DOYEN ROUSSY

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) .. Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne.. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON. Hygiène.
 LABBÉ (Henri).... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) .. Pathologie médicale.

LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI ... Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. - AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT .. Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent,

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANNE ..		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALLE- RY-RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. - CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
RUPPE	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*Faible témoignage de reconnaissance
filiale.*

A MA SOEUR

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur de Clinique d'Accouchement

*Qui m'a fait le grand honneur de bien
vouloir présider ma thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEVRAIGNE

Accoucheur des Hôpitaux

Commandeur de la Légion d'Honneur.

*Hommage et profonde gratitude pour la
grande bienveillance qu'il n'a cessé de
nous témoigner.*

A MES MAITRES DES HÔPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Au milieu de l'évolution chirurgicale de l'obstétrique moderne, devant les progrès remarquables, consacrés par toutes les statistiques de l'opération césarienne, sa grande rivale la pelvitomie, qu'il s'agisse de symphyséotomie ou de pubiotomie, avait été l'objet d'une défaveur marquée. Celle-ci n'a fait qu'augmenter depuis que la césarienne basse, grâce à l'épreuve du travail, a permis d'éviter des interventions trop hâtives et d'opérer dans des conditions, inconnues autrefois, de sécurité pour la mère et pour l'enfant.

Aussi, la symphyséotomie classique, à ciel ouvert, semblait-elle devoir être complètement abandonnée quand Zarate, par son procédé de section sous-cutanée et incomplète, lui a donné un regain de vitalité. Elle paraissait désormais d'une facilité extrême, à la portée de tous les praticiens et d'une innocuité remarquable à côté de son ancêtre.

Certains accoucheurs, excellents opérateurs, s'en sont fait les défenseurs, à la suite de séries heureuses. Mais le vice capital de cette intervention, atténué sans doute, n'en demeure pas moins toujours entier : c'est une opération chirurgicale survenant au milieu d'un accouchement qu'elle ne termine pas toujours, puisqu'il faut souvent intervenir ensuite par le forceps, et c'est une opération qui lèse tout de même plus ou moins

sérieusement une articulation capitale pour la statique et pour la marche.

Nous avons voulu nous rendre compte, sous l'inspiration de notre maître, M. le D^r Devraigne, des résultats obtenus à la maternité de Lariboisière, pendant ces six dernières années dans les quelques cas de symphyséotomie à la Zarate pratiqués dans le service. Leur nombre limité, dans cette maternité féconde en dystocias pelviennes, prouve que notre maître n'est pas très partisan de cette intervention. Les quelques femmes que nous avons pu revoir, interroger et faire radiographier ne plaident pas en faveur de cette intervention.

HISTORIQUE

La possibilité d'élargir le bassin osseux au cours d'un accouchement dystocique a depuis longtemps déjà préoccupé les accoucheurs.

C'est Sigault qui, en 1773, préconisa pour la première fois la symphyséotomie. Quatre ans plus tard il l'exécutait, avec très peu de succès d'ailleurs.

Les symphyséotomies suivantes n'encourageaient guère beaucoup les accoucheurs. Cette opération amenait trop souvent des complications infectieuses, des lésions vésico-urétrales et des troubles très graves de la marche.

Aussi Baudelocque la rejeta et la déconseilla à maintes reprises, la faisant tomber en oubli jusqu'à ce que les travaux anatomiques et cliniques précis de Farabeuf, Pinard et Varnier lui donnèrent une vague nouvelle.

Mais les opérations continuaient d'être faites à ciel ouvert et malgré les lois fixes et une technique parfaite qui rendaient cette opération aisée on n'arrivait pas à exclure toutes les complications et toutes les séquelles.

Ce n'est qu'en 1914 que Frank décrivit pour la première fois la symphyséotomie sous-cutanée. Plusieurs autres accoucheurs modifièrent cette opération. Cependant, les accidents et les complications étaient encore tellement fréquents que M. Devraigne condamna en 1924, dans son « Manuel de l'Accoucheur », toutes les pelvitomies par ces mots (page 1324) :

« La symphyséotomie et la pubiotomie ont beaucoup perdu de leur intérêt depuis les progrès réalisés par l'opération césarienne dans ses différents procédés, conservatrice ou mutilatrice, haute ou basse. Comme elles nécessitent un col à dilatation complète, le seul avantage que nous voyons, quand elles sont possibles, est le maximum de chances d'accoucher spontanément. Mais l'attente de cette éventualité se paye si souvent de déboires et de complications multiples (travail long, pénible, épuisant, rupture prématurée des membranes, menace de rupture utérine, souffrance de l'enfant, d'infection amniotique, qui peuvent d'ailleurs la contre-indiquer ou compromettre singulièrement le pronostic), que, de plus en plus on y renonce au bénéfice de la césarienne conservatrice ou mutilatrice. »

Ceci était écrit en 1924. Or, la question n'avait pas absolument perdu tout intérêt clinique puisqu'en 1925, au « Congrès des Gynécologues et Obstétriciens de langue française », le docteur Le Lorier était rapporteur sur les indications des pelvitomies.

En 1926, au « Congrès de Gynécologie de Paris », le professeur Zarate, de Buenos-Aires, faisait connaître son procédé de symphyséotomie partielle qui devait donner un renouveau d'activité au problème de la symphyséotomie. Ce procédé, quoique inspiré par la méthode de Frank, est absolument original et a amélioré de beaucoup tous les résultats obtenus jusqu'à ce jour.

Quatre ans plus tard, en octobre 1930, le professeur Turenne, de Montevideo, s'exprimait au sujet de la symphyséotomie dans son rapport à la « Section de Gynécologie du Congrès médical du Centenaire », en ces termes :

« Les pelvitomies vivent aux dépens des succès des césariennes beaucoup plus que de leurs propres indications. »

« Non, la symphyséotomie n'est pas une opération banale et inoffensive. Si sa technique n'est pas difficile, ses indications sont d'appréciation malaisée pour le praticien. »

« Pour que la symphyséotomie de Zarate soit une opération utile, il faut la dépouiller de cette apparence de bénignité dont on a entouré son introduction en pratique obstétricale avec de louables intentions de propagande, mais avec de dangereuses contingences d'application. »

Nous croyons cependant que quelques indications majeures lui assureront la survie.

NOTIONS ANATOMIQUES

Pour la bonne réussite de cette opération des connaissances précises d'anatomie sont nécessaires. Nous décrirons donc l'articulation des pubis et leurs rapports sans faire une étude complète pour laquelle nous renvoyons aux traités classiques et notamment aux études faites par Farabeuf. L'articulation pubienne est une amphiarthrose maintenue par un tissu fibreux cartilagineux qui peut parfois s'ossifier et empêcher la symphyséotomie (Cathala).

Les surfaces articulaires sont formées par le bord interne des lames quadrilatères du pubis ayant une forme oblongue. Le petit axe d'environ 12 mm. oblique en arrière et en dedans fait avec le grand axe

d'environ 3 cm. oblique en bas et en arrière un angle ouvert en avant. En avant de la surface articulaire se trouve une lame verticale qui donne attache au droit antérieur et au pyramidal en haut, au moyen adducteur en bas. Les deux crêtes antérieures limitent un sillon perceptible à la palpation.

A l'angle inférieur des deux surfaces articulaires, on trouve la fossette sur laquelle s'insère le ligament arqué sous-pubien.

Le manchon fibreux compris entre les deux surfaces articulaires est large en avant et étroit en arrière. Dans sa partie centrale, une fente verticale touche le périoste seulement en arrière. Ce bloc fibreux est formé d'expansions tendineuses venant des muscles voisins et dont les plus importants sont les ligaments antérieur et inférieur, les supérieur et postérieur étant à peine existants. Le ligament inférieur ou arqué sous-pubien de beaucoup le plus fort serait une expansion des adducteurs moyens. Il adhère en haut au fibrocartilage et laisse voir en bas un bord libre et tranchant.

Le ligament antérieur est formé par des expansions venant des muscles moyens adducteurs, droits internes, grands droits, mais surtout des piliers internes du canal inguinal qui, provenant du grand oblique, se croisent sur la ligne médiane et qui doivent être respectés dans la symphyséotomie d'après le procédé de Zarate.

Les rapports anatomiques de la symphyse sont :

En avant : Le tissu celluleux sous-cutané dans lequel se trouvent les rameaux des vaisseaux sous-cutanés abdominaux, honteux externes et la branche pré-symphysaire de la honteuse interne. Dans le tiers infé-

rieur, on trouve le rapport avec le ligament suspenseur du clitoris.

En arrière : L'espace prévésical, appelé cavité de Retzins, est limité en avant par le fascia transversalis qui s'attache à la partie supérieure de la face postérieure de la symphyse ; en arrière, par l'aponévion ombilico-prévésical et la vessie ; en bas, par les muscles obturateurs et releveurs de l'anus.

Cet espace contient de la graisse, des artères et des veines. Les artères s'anastomosent entre elles loin de l'interligne articulaire. Elles sont formées par une branche rétropubienne de l'obturatrice, les branches ascendantes de la honteuse interne : graisseuses, rétro-symphysaires et prévésicales. Les veines, par contre, forment un plexus important placé directement derrière la symphyse.

En bas : D'avant en arrière : le ligament arqué déjà décrit, le ligament de Carcassonne ou périnéale moyen dont la prolongation en avant est appelé ligament transverse de Henlé et enfin l'urètre.

En haut : D'avant en arrière : les muscles grands, droits et pyramidaux et plus en arrière le fascia transversalis qui limite avec ces muscles un espace triangulaire à base inférieure contenant de la graisse et une artériole d'anastomose sus-pubienne des artères épigastriques.

TECHNIQUE DE LA METHODE DE ZARATE SA SUPERIORITE SUR LES AUTRES PROCEDES

Pour comprendre le mécanisme de l'opération de Zarate, nous allons rappeler rapidement la composition anatomique des freins déjà étudiés.

La notion la plus importante est celle du frein supérieur créé artificiellement par le procédé de Zarate.

Il faut que l'entrecroisement des piliers internes du canal inguinal reste intact. C'est lui qui va limiter le diastasis de l'articulation de la symphyse pubienne. Le frein inférieur, par contre, constitué par le ligament arqué, doit être sectionné, ce qui permettra l'écart entre les deux pubis.

Ne doit rester indemne que la portion postérieure et inférieure de ce frein, constitué par le ligament de Henlé, qui limitera en partie le diastasis.

Ce rappel fait, passons à la description de l'opération de Zarate en prenant comme exemple une parturiente ayant un bassin peu rétréci avec une présentation du sommet :

La parturiente est mise en position gynécologique, la jambe fléchie sur la cuisse et celle-ci sur l'abdomen. Les deux membres inférieurs sont maintenus dans cette position par deux aides qui les portent aussi en abduction forcée. La vessie sera préalablement vidée et la parturiente anesthésiée. Les instruments utilisés sont : un bistouri ordinaire avec une lame d'environ 5 centimètres, et une aiguille enfilée d'un crin. La région pubienne étant rasée et iodée, on recherche avec les mains l'interligne articulaire et le bord supé-

rière de la symphyse pubienne. L'index et le médius gauches introduits dans le vagin latéralisent l'urètre à droite, repoussent la présentation et appuyent sur la face postérieure de la symphyse.

On fixe bien le point de l'incision qui est à 5 millimètres au-dessous du bord supérieur de la symphyse et on ponctionne à ce niveau avec le bistouri que l'on introduit perpendiculairement dans le sens sagittal jusqu'à ce qu'on ait la sensation d'avoir pénétré dans le fibro-cartilage. On enfonce la lame jusqu'à la moitié environ. On commence alors à sectionner le fibro-cartilage par de petits coups, le bistouri prenant de plus en plus une position oblique et la pointe regardant en avant. Ceci afin de ne pas agrandir la petite incision cutanée. La pointe transmet, d'après Cathala, une sensation granuleuse à l'opérateur. Le fibro-cartilage étant sectionné, le bistouri attaque l'arcuaturn qui transmet une sensation de résistance fibreuse à l'opérateur.

Au moment où tout le ligament est coupé on entend un petit craquement et la symphyse s'ouvre.

Quand le diastasis atteint deux travers de doigt à la face exopelvienne, les doigts intra-vaginaux sentent un écart d'un travers de doigt. L'opération est alors finie.

Parfois, l'ouverture ne s'accroît pas. Zarate conseille alors d'ordonner aux aides de forcer un peu plus l'abduction. Si, malgré cette manœuvre, le diastasis reste trop faible, l'incision étant faite trop basse, il faut couper une partie du frein supérieur. Pour cela, sans sortir le bistouri, on abaisse fortement le manche relevant ainsi la pointe qui attaquera le fibro-cartilage

et la partie inférieure du frein supérieur. On cesse quand le diastasis endopelvien atteint environ un travers de doigt.

L'hémorragie, qui est d'ailleurs très faible, est facilement arrêtée par le tamponnement et la compression avec le pouce de la main droite ainsi qu'avec les deux doigts intra-vaginaux.

La petite incision est réparée par un crin.

Par précaution on sonde la parturiente pour apprécier l'intégrité de l'urètre et de la vessie.

L'opérée doit garder la position gynécologique jusqu'à la fin de l'accouchement.

L'opération étant terminée, la tête s'engage et l'accouchement se termine assez rapidement. Au besoin, on peut injecter à l'opérée 1-2 centigrammes d'hypophysine.

L'accouchement étant terminé, on couche la parturiente les jambes étendues, sans mettre un bandage compressif du bassin. Zarate préconise de prendre la seule précaution de lui attacher les genoux pour que les deux membres inférieurs restent réunis.

La technique de Zarate évite une série d'accidents presque inévitables dans le procédé de Frank. Elle évite le risque de blesser le clitoris qui, abaissé d'après la technique de Frank est en même temps rapproché du bistouri. La technique de Frank amenait par l'introduction du bistouri au milieu de la symphyse la lésion de la veine dorsale du clitoris ainsi que celle des corps caverneux et de l'urètre, ou tout au moins du ligament transverse de Henlé, qui limite le diastasis et sert comme soutien de l'urètre. Tous ces accidents et des



Figure 1



Figure II



FIGURE III

hématomes difficiles à éviter étaient l'apanage de la méthode de Frank.

Disons-le cependant bien haut, que cette opération ne doit pas être tentée par une main non expérimentée. Elle demande, en effet, une main habile et une assez grande pratique. Une trop grande obliquité du bistouri, par exemple, suffit pour léser les corps caverneux.

VALEUR COMPAREE DE LA SYMPHYSECTOMIE. DE LA PUBIOTOMIE ET DE LA CESARIENNE

Nous laisserons complètement de côté les autres procédés qui sectionnent le bassin tels l'ischio-pubiotomie, dont les résultats n'ont jamais été satisfaisants et ont toujours déçu les espoirs mis en eux, pour nous occuper seulement de la symphyséotomie et de la pubiotomie.

Les avis restent toujours très divisés à savoir laquelle des deux opérations est à préférer.

Gigli disait que la symphyséotomie est une opération incorrecte, parce qu'elle ouvre une articulation au voisinage d'une plaie et le risque d'infection grave est plus à craindre que dans la pubiotomie ; elle expose plus aux complications et aux lésions de l'urètre et du clitoris ; l'os se consolide plus facilement et mieux que l'articulation. Cette critique reste malheureusement encore vraie aujourd'hui.

Zarate, par contre, reproche à la pubiotomie de couper à l'aveugle tout ce qui se trouve sur le passage du fil, de couper les racines du clitoris, de léser l'ori-

fice inguinal externe et d'exposer aux hernies, enfin de transformer par la section portant sur un des côtés et non sur le milieu de l'arc antérieur un bassin rétréci mais régulier, en un bassin asymétrique. Cette critique est certainement trop exagérée.

La pubiotomie a le grand avantage sur la symphyséotomie de permettre un écartement plus important allant jusqu'à 6 cm., agrandissant ainsi le diamètre antéro-postérieur de 25 mm.

En ce qui concerne la césarienne, il ne faudrait pas l'opposer à la symphyséotomie de Zarate. En effet, la symphyséotomie ne peut être pratiquée que sur un bassin très peu rétréci ; la césarienne, par contre, sur un bassin quel qu'il soit. La moindre crainte que la symphyséotomie soit insuffisante pour obtenir un résultat satisfaisant, doit faire automatiquement appel à la césarienne.

PRONOSTIC GENERAL ET COMPLICATIONS

Le pronostic qui, avant l'emploi du procédé de Zarate, était très défavorable, puisque Bar, en 1900, avait sur 164 cas une mortalité de 7,5 % et beaucoup plus récemment, Menge, sur 316 cas, 2,84 % de mortalité maternelle et 10 % de mortalité fœtale, s'est beaucoup amélioré. Pour les symphyséotomies pratiquées dans les cas purs — l'utérus n'étant pas infecté — la mortalité maternelle est nulle. La mortalité fœtale, cependant, reste toujours assez élevée. Dans les cas d'utérus déjà infecté, il y a parfois avantage de recourir à la symphyséotomie plutôt qu'à la césarienne, parce qu'elle ne lèse pas l'utérus, diminuant ainsi la possibilité d'une infection grave.

Les complications sont également moins fréquentes qu'avant l'emploi du procédé de Zarate.

Les complications immédiates sont beaucoup plus rares si l'opération a été faite correctement. Les hémorragies, presque toujours minimales, s'arrêtent sous le simple effet de la compression que nous avons déjà décrite. Aussi, les hématomes ne sont plus à craindre. Les lésions des voies urinaires qui, autrefois, constituaient les complications les plus graves et assez fréquentes au cours de la symphyséotomie, ont presque complètement disparu depuis l'emploi de la technique de Zarate.

Les complications secondaires, par contre, restent encore assez fréquentes. Elles sont : l'infection, les phlébites, les troubles de la marche, l'incontinence d'urine et le prolapsus utérin.

L'infection assez fréquente dans les cas impurs n'est pas exceptionnelle même dans les cas purs, dont témoignent nos observations.

Les phlébites ne sont pas exceptionnelles non plus, puisque nous trouvons un cas de phlébite sur huit observations faites par nous.

Les troubles de la marche, quoique diminués en fréquence et moins marqués, sont loin d'être rares. Le dandinement, quoique peu accentué, mais indubitable, persiste même un an après l'intervention. Les douleurs au niveau de l'articulation de la symphyse ainsi qu'à l'articulation sacro-iliaque persistent également longtemps après l'intervention. Si l'on applique un doigt contre le bord inférieur de la symphyse, la femme marchant sur place, on perçoit que les deux pubis s'écartent dans le sens inverse l'un de l'autre,

preuve d'une laxité articulaire que nous avons pu constater plus d'un an après l'opération.

L'incontinence de l'urine, qui est due à une lésion uréthro-vésicale, est devenue exceptionnelle depuis l'emploi de la méthode de Zarate.

Le prolapsus utérin est une complication fréquente que nous avons pu constater à plusieurs reprises.

Nous voyons donc qu'un assez grand nombre de complications et des plus importantes ne peuvent être évitées malgré l'amélioration de la technique de la symphyséotomie par Zarate.

INDICATIONS DE LA SYMPHYSEOTOMIE

Les indications de la symphyséotomie sont multiples. Elles sont toutes dictées par la loi de Farabeuf qui veut que le diamètre promonto-pubien augmente de 2 millimètres par centimètre d'écartement entre les deux os pubiens.

Farabeuf, en calculant le gain total obtenu par la projection du pubis et leur écartement, a dressé le tableau suivant :

	cm.	mm.	mm.	mm.	
Ecart de	1	:	2 + 1	= 3	d'agrandissement du diamètre antéro-postérieur.
	2	:	4 + 1 1/2	= 5 1/2	—
	3	:	6 + 2	= 8	—
	4	:	8 + 5	= 13	—
Etc., etc.					

L'écart généralement obtenu dans la symphyséotomie étant de 3 cm. environ, l'agrandissement est donc de 8 millimètres. Il faut donc, pour que la symphyséotomie soit suivie de succès, que le bassin ne soit que légèrement rétréci. Si on tentait la symphyséotomie sur un bassin plus étroit, il faut s'attendre à des complications comme la rupture du ligament de Henlé qui ne protégerait plus l'urètre et permettrait la lésion d'autres parties molles, comme les racines du clitoris.

Il faut aussi que les parties molles soient dans un bon état. L'atrésie vaginale contre-indique cette intervention. De même faut-il que l'utérus soit dans un bon état dynamique, de façon à ce que l'accouchement puisse se terminer spontanément. L'application d'un forceps dans un bassin lésé, peut amener ce que la technique de Zarate tâche d'éviter. Pour renforcer les contractions utérines on peut évidemment se servir d'une injection d'un centigramme d'hypophysine, et renouveler la dose au besoin.

Parmi les indications de la symphyséotomie, trois sont particulièrement importantes :

1° Les cas d'extrême urgence : dans ces cas, la simplicité et la rapidité de l'intervention plaident nettement en sa faveur. Comme exemple : une tête dernière retenue au détroit supérieur. Il s'agit dans ces cas de sauver par une intervention rapide la vie du nouveau-né. Là, la technique de Zarate est une découverte précieuse entre les mains d'un accoucheur expérimenté.

2° Les interventions faites dans un milieu où toute opération grave est dangereuse. Ces cas se présentent

surtout à la campagne. Loin de tout centre chirurgical, travaillant dans un milieu septique, une césarienne devient particulièrement grave. De plus, la césarienne nécessite un assez grand nombre d'instruments, tandis que la symphyséotomie peut être pratiquée avec les instruments très simples et qui se résument à un bistouri et à quelques agrafes. Là aussi, quand la symphyséotomie est possible, elle doit être préférée à toute autre opération.

3° Dans les cas où l'infection ovulaire est à craindre, l'heure de la césarienne basse étant passée : il vaut mieux, dans ces cas, s'adresser plutôt à la symphyséotomie qu'à une césarienne mutilatrice, qui prive la femme d'avoir encore d'autres enfants. Quand la femme est jeune cette mutilation est particulièrement répugnante.

La symphyséotomie sera aussi indiquée dans :

a) Les dystocies dues à une disproportion fœtopelvienne légère quelle qu'elle soit, d'origine fœtale ou pelvienne ;

b) Les dystocies où intervient la notion d'infection ovulaire latente ou légère ;

c) Les forceps au détroit supérieur : on sait en effet que le forceps au détroit supérieur est assez dangereux et masque le plus souvent une basiotripsie.

Les contre-indications sont :

a) La mort du fœtus ou fœtus agonisant : il vaut mieux, dans ces cas, extraire l'enfant mort par la basiotripsie que d'exposer la mère à une opération, si bénigne soit-elle ;

b) L'atrésie vaginale : les dégâts qu'entraînerait

une symphyséotomie sont trop à craindre pour que cette opération soit essayée ;

c) Les grosses disproportions céphalo-pelviennes : dans ces cas, la symphyséotomie n'avancerait à rien puisqu'elle ne permettrait pas un accouchement normal ;

d) L'infection ovulaire prononcée et évidente. Dans ces cas, le chirurgien peut choisir entre la césarienne mutilatrice et la symphyséotomie. Il fera ce qui lui paraîtra le plus opportun.

LES OBSERVATIONS ET LEURS INTERPRETATIONS

OBSERVATION N° 1. — Mme T. M., opérée le 20 mai 1933 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Opérateur : M. Ravina.

Primigeste, âgée de 29 ans, la parturiente avait ses dernières règles le 30 juillet 1932.

Le 18 mai 1933, à 22 heures : début du travail.

Le 19 mai 1933, à 2 heures : admise à l'hôpital.

A ce moment, on trouve : un utérus ovoïde, une dilatation d'un franc, une présentation en O.I.D.P., un engagement non effectué, un bassin généralement rétréci limite, le sacrum est atteint à 10 cm. environ. Le 19 mai 1933, à 10 heures : dilatation de 5 francs, contractions assez rapprochées. On fait une injection de 1 cm³ de morphine en vue d'épreuve du travail.

A 14 heures 30 : dilatation de 5 francs.

A 17 heures 30 : rupture artificielle de la poche des eaux, liquide très teinté, dilatation d'une petite paumè, bruits du cœur soufflants.

A 19 heures 30 : contractions toujours rapprochées ; on injecte de nouveau 1 cm³ de morphine.

A 22 heures : les bruits du cœur redeviennent normaux.

Le 20 mai 1933, à 8 heures : dilatation petite paume, douleurs espacées.

A 9 heures 30 : la tête fœtale qui affleure environ la deuxième parallèle de Hodge nè marque aucune progression du travail.

A 13 heures : on décide de faire une symphyséotomie de Zarate.

A 16 heures 30 : dilatation d'une grande paume.

A 18 heures : dilatation complète ; la parturiente fait des efforts d'expulsion.

A 18 heures 30 : accouchement normal, à terme, d'un garçon vivant de 3.830 gr., qui meurt après deux semaines, d'une cause inconnue.

A 20 heures : délivrance complète naturelle ; poids du placenta : 590 gr.

Pendant quelques jours, la courbe de la température reste aux environs de 37°5.

Ce n'est que 34 jours après l'intervention que la femme peut quitter la maternité. Elle ne présentait pas de troubles urinaires, mais, par contre, on constatait une assez grande laxité ligamentaire, un léger dandinement à la marche qui était assez douloureuse.

Interprétation : La symphyséotomie de Zarate, quoique pratiquée dans des conditions parfaites, n'a pas pu éviter les troubles de la marche et de la statique.

OBSERVATION N° 2. — Mme L. M., opérée le

19 octobre 1933 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.
Opérateur : M. Ravina.

Secondipare, âgée de 36 ans, la parturiente avait une première grossesse terminée le 15 février 1926, par M. Devraigne, avec un forceps Demelin appliqué sur un garçon vivant de 3.850 gr.

La deuxième gestation, suivie en ville, évoluait normalement.

Ses dernières règles dataient du 3 janvier 1933.

Le 17 octobre 1933, à 18 heures : début du travail.

Le 18 octobre 1933, à 18 heures : entrée à la salle de travail.

Examinée à ce moment, on trouve : une présentation céphalique, un bassin légèrement rétréci, une dilatation de 2 francs.

Le 19 octobre 1933, à 12 heures : dilatation d'une grande paume, rupture de la poche des eaux, utérus très élevé et à gauche, tête au détroit supérieur en D. A.

A 15 heures 30 : dilatation complète, la tête reste au-dessus du détroit supérieur. On tente un forceps qui dérape immédiatement. On pratique alors une symphyséotomie de Zarate qui donne un écartement d'un centimètre et demi environ. La tête fœtale descend alors à la partie supérieure de l'excavation. On redresse l'utérus avec un tampon à droite et on pratique une injection d'un centigramme d'hypophysine.

A 16 heures 30 : nouvelle injection d'un centigramme d'hypophysine.

A 17 heures : naissance d'une fille vivante pesant 3.980 gr. née légèrement étonnée qui respire et crie

après une demi-heure de soins et dont le cœur bat normalement.

A 18 heures 30 : délivrance naturelle complète ; poids du placenta : 670 gr.

Pendant 15 jours, la température de la malade oscillait aux environs de 38° pour se lever brusquement à plus de 39°, coïncidant avec une phlébite de la jambe gauche qui demandait une immobilisation de six semaines.

Au moment du départ, on ne trouvait pas de troubles de l'appareil urinaire, mais une grande laxité ligamentaire rendait la marche difficile. L'opérée accusait aussi un point douloureux au niveau de l'articulation sacro-iliaque provoqué par la marche.

Interprétation : Cette observation nous montre bien deux complications à craindre après toutes interventions sur la symphyse pubienne : la phlébite d'une part, les troubles de la marche de l'autre.

OBSERVATION N° 3. — Mme D. J., opérée le 25 octobre 1933 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Opérateur : M. Ravina.

Deuxième-pare, âgée de 28 ans, la parturiente a accouché deux ans auparavant d'un garçon vivant de 3.000 gr. sans aucune intervention.

Ses dernières règles dataient du 15 décembre 1932.

Le 24 octobre 1933 à 2 heures : début du travail.

A 18 heures : admise à la Maternité. On constate alors une dilatation d'une petite paume, une tête fœtale mal fléchie, une présentation très élevée en O.I.G.A., un bassin généralement rétréci, un promontoire atteint à 10 cm. 8.

A 23 heures : dilatation d'une grande paume, la présentation reste très élevée.

Le 25 octobre 1933, à 1 heure : comme on ne remarque aucune progression du travail, on pratique alors une symphyséotomie de Zarate.

A 5 heures : dilatation complète, mais contractions subintrantes ; on fait alors une piqûre d'un centigramme de morphine.

A 6 heures : mauvaise contraction, légère altération des bruits du cœur. On fait alors une application de forceps Tarnier qui ramène un garçon vivant de 3.400 gr.

A 7 heures : délivrance naturelle complète ; poids du placenta : 450 gr.

Pendant cinq semaines, la femme est obligée de garder le lit, sa courbe de température oscillant près de 38°. Au moment du départ, la marche est difficile et douloureuse, on remarque également une grande laxité ligamentaire.

Interprétation : Cette observation prouve une fois de plus que l'articulation, loin d'être guérie le quatorzième jour — comme l'affirme M. Zarate — elle demande un laps de temps assez important pour se consolider et encore davantage pour que la douleur disparaisse.

OBSERVATION N° 4. — Mme R. L., opérée le 25 novembre 1933 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Opérateur : M. Ravina. Forceps : M. Devraigne.

Deuxième paré, âgée de 36 ans, la parturiente a accouché en 1927 d'un garçon mort-né à terme.

Ses dernières règles dataient du 12 février 1933.

Le 24 novembre 1933, à 24 heures : début du travail.

Le 25 novembre 1933, à 10 heures : dilatation grande paume, présentation céphalique très élevée, un bassin généralement rétréci limite, rupture de la poche des eaux.

A 12 heures : procidence du cordon ; on refoule rapidement le cordon et on tente un forcèps en G. T. après avoir incisé la lèvre antérieure du col de l'utérus, la tête restant non engagée. Comme le forceps dérape, on pratique une symphyséotomie de Zarate et on fait une deuxième application de forceps sur le sommet en G. T. L'abaissement et la rotation sont alors faciles, l'extraction se fait en O. S. Naissance d'une fille de 3.300 gr., née en état de mort apparente, forme blanche. Malgré des soins divers longtemps poursuivis, l'enfant ne peut être ranimée.

A 1 heure 30 : délivrance naturelle complète ; poids du placenta, 500 gr.

La femme fut obligée de garder le lit pendant trois mois environ, période pendant laquelle la feuille de température marque une courbe restant aux environs de 38°. A la sortie, on constatait un léger dandinement à la marche qui restait assez douloureuse. Pas de troubles urinaires.

Interprétation : Cette observation montre que la symphyséotomie ne suffit pas parfois à elle toute seule à permettre un accouchement normal, et que l'on est contraint de faire aussi appel au forceps, qui devient particulièrement dangereux dans un bassin disloqué aussi bien pour la mère que pour l'enfant.

OBSERVATION N° 5. — Mme O. Ch., opérée le

1^{er} juillet 1935 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière.
Opérateur: M. Ravina.

Troisièmepare, âgée de 25 ans, la parturiente a fait trois ans avant cette dernière grossesse un avortement de trois mois et a accouché deux ans avant cette grossesse d'un garçon mort-né de 4.000 gr. à l'aide d'une application de forceps.

Ses dernières règles dataient du 27 juillet 1934.

La dernière grossesse avait été suivie à cette même Maternité. La parturiente s'est soumise à un traitement spécifique pendant toute la grossesse.

Le 1^{er} juillet 1935 à 11 heures 30 : début du travail.

A 17 heures : entrée à la salle de travail. A ce moment on constate : une dilatation d'une grande paume, une présentation en O.I.D.P., un engagement non effectué, un bassin généralement rétréci, un promontoire atteint à 10 cm. environ ; rupture de la poche des eaux.

A 22 heures : dilatation complète.

A 23 heures : la présentation reste élevée ; légère altération des bruits du cœur.

A 23 heures 30 : on pratique une symphyséotomie de Zarate suivie d'une application de forceps de Tarnier sur un garçon vivant de 4.240 gr., n'ayant pas crié et ramené après 25 minutes de soins divers.

A 24 heures : délivrance naturelle complète, poids du placenta, 650 gr.

Le 23 juillet 1935, l'opérée sortait de l'Hôpital ne présentant à ce moment aucun trouble urinaire. La marche cependant difficile était douloureuse. On remarquait aussi une assez grande laxité ligamentaire.

Nous avons revu la femme le 25 mai 1936 et nous avons constaté une légère gêne à la marche rapide et un point douloureux au niveau de l'articulation symphysaire provoqué par cette marche. Le doigt appliqué au bord inférieur de cette articulation percevait un léger chevauchement de deux os pubiens à la marche sur place. La radiographie ci-jointe fait voir un élargissement et une clarté anormale de l'articulation symphysaire (fig. N° I).

Interprétation : Quoique légères, ce cas montre de nouveau que certaines séquelles peuvent être encore constatées longtemps après l'intervention.

OBSERVATION N° 6. — Mme S. H., opérée le 24 juillet 1935 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Opérateur : M. Herbert.

Primipare, âgée de 22 ans, la parturiente fut suivie à cette même Maternité pendant les derniers mois de sa grossesse.

Ses dernières règles dataient du 28 octobre 1934.

Le 22 juillet 1935, à 19 heures 30 : début du travail.

Le 23 juillet 1935, à 1 heure : entrée à la salle de travail. A ce moment, on constate un col utérin effacé, un bassin ovalaire oblique unilatéral à grand axe antéro-postérieur droit, une présentation en O.I.D.A.

A 16 heures : dilatation petite paume ; rupture de la poche des eaux.

Le 24 juillet 1935, à 12 heures : dilatation presque complète.

A 19 heures : on acquiert la certitude de l'impossibilité d'un accouchement spontané. On fait alors une symphyséotomie de Zarate suivie d'une application de

forceps de Tarnier. Naissance d'un garçon vivant de 2.580 gr.

A 21 heures : délivrance normale complète.

Deux jours après l'intervention, l'opérée accusait une température de 39° qui persista pendant quinze jours et coïncidant avec une suppuration de la plaie symphysaire. La parturiente quitta la Maternité environ deux mois après l'opération. On constata à ce moment une très grande gêne à la marche qui était douloureuse.

Nous avons revu la femme le 25 mai 1936. Nous avons constaté : un prolapsus utérin, une laxité ligamentaire permettant un chevauchement très appréciable de deux os pubiens à la marche sur place et un point douloureux au niveau des articulations symphysaire et sacro-iliaque. La radiographie ci-jointe montre l'état actuel de la symphyse pubienne.

Interprétation : Il faudrait en général bien se garder de faire une symphyséotomie sur un tel bassin, trop de complications étant à craindre pendant et surtout après l'opération. Là encore nous retrouvons plusieurs complications : la suppuration de la plaie articulaire, un point douloureux provoqué par la marche et un prolapsus utérin (fig. N° II).

OBSERVATION N° 7. — Mme L. A., opérée le 15 août 1935 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Opérateur : M. Herbert.

Primipaire, âgée de 35 ans, la parturiente était suivie dans cette même Maternité dès le début de sa grossesse pour des vomissements persistants jusqu'au sixième mois de la gestation.

Ses dernières règles dataient du 4 novembre 1934.

Le 13 septembre 1935, à 18 heures : début du travail.

A 20 heures : entrée à l'Hôpital. On constate à ce moment : un col utérin en voie de s'effacer, un bassin normal, une présentation en O.L.G.A., un enfant volumineux.

Le 14 septembre 1935, à 11 heures : dilatation de 5 francs.

Le 15 septembre 1935, à 1 heure : dilatation grande paume.

A 4 heures : rupture de la poche des eaux.

A 8 heures : dilatation complète, mais la tête reste bloquée au détroit supérieur.

A 9 heures 30 : tentative infructueuse d'application de forceps. On décide alors de faire une symphyséotomie suivie d'une application de forceps, les bruits du cœur se modifiant rapidement. Mais, au moment du passage de la tête, on a l'impression que des dégâts musculaires et ligamenteux se produisent. L'écartement de la symphyse pubienne atteint alors 5 à 6 cm. au moins. Les tissus pré-urétraux et pré-vésicaux se rompent mais la vessie et l'urètre restent intacts. Naissance d'un garçon vivant de 4.680 gr.

A 11 heures : délivrance normale et complète ; poids du placenta, 860 gr.

Pendant six jours, la température de l'opérée oscillait aux environs de 39°. La parturiente quitta la Maternité environ quatre semaines après l'intervention. On constatait alors que la marche était difficile et douloureuse.

Nous avons revu cette femme le 25 mai 1936. Nous avons constaté un prolapsus utérin très prononcé, une

douleur marquée à la marche au niveau des articulations symphysaire et sacro-iliaque, ainsi qu'une assez grande laxité ligamentaire, les deux os pubiens se déplaçant dans le sens inverse l'un de l'autre quand nous faisons marcher sur place cette opérée. La radiographie ci-jointe montre d'ailleurs un espace inter-articulaire sacro-iliaque plus large et plus clair que du côté opposé (fig. N° III).

Interprétation : Il est mal aisé de savoir si une symphyséotomie faite sur un bassin normal permettra le passage d'un gros fœtus. Dans notre cas, une pubiotomie qui ouvre beaucoup plus largement la ceinture osseuse du bassin aurait été plus indiquée et aurait peut-être donné un résultat plus satisfaisant.

OBSERVATION N° 8. — Mm^e S. A., opérée le 15 avril 1936 à la Maternité de l'Hôpital Lariboisière. Opérateur : M. Ravina.

Cinquièmepare, âgée de 37 ans, la parturiente a accouché d'un enfant mort 48 heures après la naissance ; les trois autres enfants sont vivants.

Ses dernières règles dataient du 26 juillet 1935.

Le 14 avril 1936, à 9 heures : entrée à la salle de travail. On constate alors une dilatation d'un franc, un bassin généralement rétréci limite.

A 13 heures : comme on ne constate aucune progression du travail, on pose un ballon de Champetier après une dilatation du col de l'utérus aux bougies de Hegar.

A 23 heures : rupture spontanée des membranes et expulsion du ballon. A l'examen, on trouve un siège décomplété mode des fesses en S.I.G.A. fixé au détroit

supérieur. Une radiographie montre une grosse tête à l'épigastre.

Le 15 avril 1936, à 11 heures : injection d'un centimètre cube de morphine.

A 13 heures 15 : dilatation complète, la parturiente fait des efforts d'expulsion.

A 14 heures 30 : conviction que la femme ne pourra pas accoucher spontanément. On fait alors une symphyséotomie de Zarate.

A 15 heures : extraction d'un garçon vivant pesant 3.980 gr.

A 16 heures : délivrance naturelle et complète, poids du placenta, 870 gr. La femme ayant beaucoup saigné, on fait une injection de 500 cm³ de sérum.

La femme quittait l'Hôpital le 1^{er} mai 1936. On constatait alors une légère douleur à la marche qui restait difficile.

Interprétation : Exécutée dans des conditions parfaites, la symphyséotomie a donné des résultats assez satisfaisants. Il reste cependant à remarquer que la parturiente a souffert d'une assez grande hémorragie et qu'au moment de son départ de la maternité, la marche restait difficile et douloureuse.

CONCLUSIONS

La symphyséotomie dite de Zarate ne peut donner des résultats satisfaisants que dans les mains d'un accoucheur averti, doublé d'un opérateur. La simplicité apparente est un leurre : un spécialiste consacré, même bien avisé, n'est pas à l'abri de séquelles très graves pour la femme : il n'est pas sûr non plus d'avoir l'enfant vivant.

Dans les cas rares où elle peut être indiquée la pubiotomie lui semble préférable : la dystocie facile à prévoir où l'on pourrait songer à faire une symphyséotomie de Zarate sera toujours mieux résolue par une césarienne basse, opération franche, qui sauve l'enfant avec le minimum de risques pour la mère.

La symphyséotomie de Zarate doit être, même pour un spécialiste, une opération de rarissime exception.

Vu :

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu :

Le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. BRINDEAU. — Deux cas de symphyséotomie à la Zarate pour dystocie de la tête venant dernière (Soc. d'Obst. et Gyn., avril 1926).
2. BRINDEAU et LANTUEJOUL. — Les pelvitomies (La prat. de l'art. des Acc., 1926).
3. CATHALA. — a) Discussion du rapport de Rossier et Le Lorier au IV^e Congrès de gyn. et d'obst., Paris, 1925.
b) Les différents procédés d'agrandissement du bassin ; leur valeur (Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, 1926).
4. COUVELAIRE. — Indications des pelvitomies (Bulletin de la Soc. d'Obst. et de Gynéc., 1924).
5. DESNOYERS. — Pelvitomies (Nouvelle pratique médico-chirurgicale, 1931, tome VI).
6. DEVRAIGNE. — Les pelvitomies (Manuel de l'Accoucheur, 1924).
7. FARABEUF. — Dystocie du détroit supérieur, mécanisme et traitement, symphyséotomie (Gaz. Heb. de Méd. et Chir., 1894).
8. FRANK. — De la symphyséotomie sous-cutanée (Monat. f. geburt. u. gynök., 1919),

9. JEANIN et GUENIAT. — Indications de la symphyséotomie.
10. LE LORIER. — a) Des indications des pelvito-
mies. Choix du procédé. Report au IV^e Congrès
des Gynécologues et Obstétriciens de langue
française (Gynéc. et Obst., 1925).
b) Orientation chirurgicale de l'obstétrique ac-
tuelle (Gynéc. et Obst., 1931).
11. PEYTAVIN. — De la symphyséotomie partielle
sous-cutanée (Thèse, Paris, 1931).
12. VAUDESCAL et VAN DER HORST. — Quelques
points particuliers de la technique de Zarate
(Gynéc. et Obst., 1928).
13. VAN DER HORST. — Contribution à l'étude de
la symphyséotomie sous-cutanée suivant la mé-
thode de Zarate (Thèse, Paris, 1927).
14. ZARATE. — La symphyséotomie partielle et la
symphyséotomie de Frank (Gynéc. et Obst., no-
vembre 1926).